

Qui a peur de la psychanalyse ?

Willy Apollon

Volume 30, numéro 1, printemps 2005

Les psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/011277ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/011277ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Apollon, W. (2005). Qui a peur de la psychanalyse ? *Santé mentale au Québec*, 30(1), 165–182. <https://doi.org/10.7202/011277ar>



Qui a peur de la psychanalyse ?

Willy Apollon*

Il y a un peu plus d'un an la direction de la revue *Santé mentale au Québec* nous proposait d'écrire un argument pour un débat dans la revue sur l'Avenir de la Psychiatrie. Il nous était proposé que ce texte serait communiqué à un certain nombre de spécialistes qui y réagiraient en situant les enjeux actuels de la psychiatrie en regard du développement de la situation de la santé mentale. Ensuite nous pourrions prendre position à notre tour dans l'évolution du débat. Après quelques hésitations, réflexions et discussions entre nous sur les pièges d'une telle position, nous avons accepté, convaincus que nous étions alors qu'un tel débat était nécessaire au moins pour la situation québécoise, qu'il serait profitable au bout du compte pour les usagers et qu'il fallait bien que quelques-uns se mouillent. Nous avons donc proposé un texte en deux parties, l'argument proprement dit et un bref résumé de la problématique de traitement au Centre de traitement psychanalytique pour jeunes adultes psychotiques, dit le « 388 », à titre d'exemple, pour donner un repère pratique aux lecteurs en regard de l'argument.

Aujourd'hui, plus d'un an après, à la lecture des textes produits pour le débat, nous saisissons mieux encore les enjeux soulevés et peut-être visés par *Santé mentale au Québec*. S'il fallait recommencer nous réécririons exactement le même texte sans enlever une virgule de l'argument. Nous concédons par contre que la partie sur le « 388 » concernant le repère pratique, est plutôt succincte. Mais il fallait jouer le jeu, l'important c'était l'argument, la proposition de débat. Maintenant il faut soutenir le débat au Québec, pour le plus grand bénéfice de ceux qui recourent à la psychiatrie comme à une bouée de sauvetage dans notre système de santé public, assuré par les impôts de tous les citoyens, dont une partie importante de nos patients, compte tenu de nos résultats.

Dans un premier temps, pour le bénéfice du lecteur, un certain nombre d'informations vérifiables et vérifiées par des tiers, méritent ici d'être apportées pour que le lecteur puisse apprécier à leur juste valeur des critiques et des affirmations gratuites, parfois à la limite de l'injure ou de l'accusation, faites dans ce numéro de la revue par certains

* Philosophe et psychanalyste.

intervenants dans le débat, au sujet des auteurs de l'argument, de leurs positions théoriques et de leurs pratiques professionnelles. D'abord les trois signataires de l'argument ne sont pas trois psychiatres, mais trois psychanalystes dont l'une est médecin psychiatre de formation, Danielle Bergeron, directrice du Centre le 388, une autre psychologue de formation, Lucie Cantin, directrice adjointe du Centre le 388, et le troisième philosophe de formation, Willy Apollon, analyste consultant chargé de la formation continue et de la recherche au Centre. Ils ont une large expérience de travail, de collaborations et de productions en équipe multidisciplinaire, au Québec, aux États-unis et en Amérique Latine, dont font foi leurs publications dans ces différentes régions. Toutefois dans la production de l'argument, de façon systématique, concernant le développement et l'avenir de la psychiatrie, nous n'avons voulu envisager que la problématique québécoise. Nos nombreux contacts de travail et d'enseignement avec des collègues américains, sud-américains ou européens, ne nous permettent guère d'étendre aux États-unis, à l'Amérique latine, à la France ou à la Suisse, voire même au Canada anglais, nos problématiques et nos conclusions. Chaque situation nationale forme un tout tellement complexe dans ses implications historiques et culturelles, qu'une telle extension serait une prétention insoutenable du point de vue intellectuel, à plus forte raison d'un point de vue scientifique. Mais l'expérience du travail international et multidisciplinaire nous a bien informés de tout ce que ces échanges et collaborations nous ont apporté de décisif dans l'établissement de nos propres problématiques et combien par ailleurs nos propres questionnements ont déplacé bien des certitudes pour des collègues américains, sud-américains ou européens. Le nombre et la satisfaction des stagiaires qui viennent des deux continents suivre nos sessions de formation ou travailler avec nous au Centre de traitement psychanalytique des psychoses pourraient en témoigner.

Le Centre de traitement psychanalytique pour jeunes adultes psychotiques de Québec, dit le 388¹

Il faut faire la part de ce qui est rumeur psychiatrique, de ce qui est de l'opposition aveugle, et de ce qui est de l'ordre de la critique constructive et des faits vérifiables concernant le 388, ce Centre de traitement psychanalytique pour jeunes adultes psychotiques, que nous avons créé et que nous dirigeons depuis vingt-deux ans. Ce qui se lit dans certains textes publiés ici pour ce débat, laisse rêveur en ce qui concerne le souci d'information vérifiable chez certains chercheurs, intellectuels, voire enseignants d'université, qui se veulent tous bien sûr des scientifiques. Dans certains milieux quand on est entre pairs, sans aucun souci de multidisciplinarité véritable, on dirait qu'il est de bon ton de parler de

tout et de tous sans qu'il soit nécessaire de ne rien savoir de ce dont on parle. Il ne s'agit pas d'abord de faussetés ni de mensonges, même s'ils sont aussi présents, c'est un certain style, une certaine manière de penser et de faire ; une fois qu'un certain consensus est établi sur l'identité de l'ennemi commun, tous les coups sont permis. Pour certains, la psychanalyse, toutes problématiques d'École confondues, ce serait l'axe du mal dans la psychiatrie. C'est d'autant plus intéressant d'un point de vue épistémologique, quand de tels milieux se posent en défenseurs de la science, de l'éthique, de la vertu, de la veuve et de l'orphelin.

Quelques faits vérifiables pour qui veut bien s'en donner la peine

La clientèle du 388

Au 7 octobre 2004, le Centre² avait en traitement intensif 88 patients, dont 67 % ont un diagnostic antérieur³ de schizophrénie, 28,4 % d'autres psychoses et maladie affective bipolaire avec sévérité psychotique, 2,3 % de personnalité borderline avec troubles d'adaptation sévères et enfin 2,3 % de névrose sévère avec troubles d'adaptation. Il s'agit donc en résumé de 95.4 % de patients avec un diagnostic de troubles mentaux sévères et persistants au moment où ils consultent au Centre pour la première fois.

La moyenne d'âge de la clientèle actuelle à l'arrivée au Centre était alors de 27 ans. Ces patients habitent dans la grande région de Québec, ou s'ils viennent d'ailleurs dans la province, y prennent un appartement pour être traités au Centre. Le nombre moyen d'hospitalisations antérieures par patient est de 3,4. Ces patients ont fait un choix pour un traitement psychanalytique, en faisant eux-mêmes la démarche pour être reçus en évaluation au comité d'admission. La majorité d'entre eux disent avoir consulté au Centre parce que les traitements antérieurs n'ont pas amélioré leur condition. Ces traitements sont les traitements classiques donnés dans tous les hôpitaux psychiatriques en Amérique du Nord, assurés avec compétence dans les services publics du système québécois de Santé. Il est généralement reconnu que le système de Santé québécois figure parmi les meilleurs. Le 388, comme Centre de traitement psychanalytique, fait partie de ce système de Santé public depuis 22 ans, même si sa gestion était opérée par un organisme privé sans but lucratif.

Les services offerts au 388

Dès son admission au Centre, chaque patient est suivi par une équipe formée de lui-même, de son intervenant clinique responsable, du travailleur social et d'un psychiatre agissant comme médecin responsable de l'équipe de traitement. Un plan de traitement et d'intervention

est alors mis en œuvre par l'équipe avec sa collaboration. Ce plan sera réévalué aux six mois avec lui, en tenant compte de l'atteinte des objectifs souhaités dans l'évolution de son traitement. Il commencera une cure psychanalytique dès qu'il y sera prêt, avec un analyste qui ne sera jamais son psychiatre. Des programmes d'ateliers d'art, dirigés par des artistes de la ville de Québec lui sont offerts au Centre, en musique, céramique, art dramatique, arts visuels, et écriture. Sept lits de traitement de la crise sont disponibles au Centre pour lui permettre un traitement de la crise dans un contexte de vie urbaine normale plutôt qu'à l'hôpital, auquel on n'aura recours qu'en cas de nécessité et sur une décision médicale de son psychiatre.

Ces services sont offerts à tous les patients 24 heures par jour et 365 jours dans l'année. Il s'en suit donc un support direct aux familles dans le cadre de ce suivi intensif. Elles sont rencontrées par l'ethno-analyste du Centre chargé d'établir l'histoire, la structure et la dynamique familiales pour l'équipe de traitement, avec les membres de la famille désignés par l'usager lui-même, et qui acceptent de collaborer à son traitement. Par ailleurs dans les moments stratégiques du traitement entraînant des difficultés spécifiques entre le patient et ses parents ou des membres de la famille, ceux-ci seront rencontrés par le travailleur social ou dans certains cas par le psychiatre du patient. Les parents des patients du Centre forment une association, dont le comité directeur se réunit régulièrement au Gifric⁴ pour échanger et travailler avec les analystes qui ont créé et développé le traitement.

Enfin, sont organisés par les intervenants et les usagers, sous le contrôle des équipes de traitement, des activités d'intégration à la vie sociale et communautaire. Ce sont en général des activités de groupe en ville, ou au 388 : activités sportives, activités socioculturelles, activités de préparation au retour au travail ou aux études, des projets spéciaux tels que l'organisation de voyages, des camps d'hiver ou d'été, etc.. Des voyages ont eu lieu ainsi au Vénézuéla, aux États-unis, à Cuba... Ces voyages sont préparés de longue date par les patients, soit en général 18 à 24 mois à l'avance. Une telle préparation occasionne des recherches, des études sur des pays et des sites possibles, des contacts avec des organismes de tourisme et des activités de production et de vente d'objets d'art ou artisanaux au bénéfice du financement de l'activité.

Les résultats du traitement au 388 au 30 octobre 2004

Au 30 octobre 2004, les données de l'observatoire clinique du Gifric sur le traitement au 388 permettaient un certain nombre de constats :

1.- Une diminution très importante des hospitalisations de nos patients au cours de l'évolution du traitement : 89 %

2.- Une diminution significative de la médication à mesure de l'évolution du traitement : 49 %

3.- Un pourcentage important de réinsertions sociales effectives de nos patients : 60 % (dont 45 % représentent des patients avec un salaire qui les rend à même de payer des impôts et d'être des citoyens actifs et autonomes)

4.- Un très haut taux de satisfaction des patients et des familles, qui se trouvent soulagés et étonnés de voir leurs enfants « atteindre un niveau de rétablissement dont ils avaient cessé de rêver ».

5.- En mai 2002 un comité d'experts évaluateurs⁵ désignés par le ministère de la Santé et des Services sociaux avait pu déjà vérifier ces résultats auprès des patients, des familles et des collaborateurs, organismes et professionnels qui en ville sont en contact constant avec nos patients. Une telle expertise avait été commandée par le ministère, suite à une campagne de critiques et d'attaques contre la psychanalyse comme mode de traitement des psychoses, semblables à celles que l'on retrouve ici même dans ce numéro contre le traitement au 388 et les promoteurs du traitement. Le but visé par des psychiatres et certaines administrations par cette demande d'évaluation était de justifier la fermeture pure et simple du Centre décidée par l'administration de l'hôpital psychiatrique.

Lors de la décision ministérielle d'évaluer le 388, le ministère avait statué que tous les services de la région seraient évalués selon les mêmes critères. Suite aux résultats de l'évaluation du 388, il ne fut plus question d'évaluer les autres services. Nous aurions aimé pourtant pouvoir apprécier évidemment les performances de nos détracteurs en regard de l'évolution psychosociale des patients traités dans leurs services, de leur réintégration sociale effective, de leur satisfaction de leur traitement et de la satisfaction des familles de ces patients. De telles évaluations auraient pu permettre un vrai débat et nous aider sans doute à améliorer d'autant nos propres approches et méthodes. Nous supposons qu'aux États-Unis ou en Suisse ou ailleurs de telles évaluations ont pu être effectuées dans les services de ceux qui nous critiquent avec tant de force et de conviction, et qu'elles seront rendues publiques pour le bénéfice des patients. L'avenir de la psychiatrie ne pourra qu'en bénéficier.

L'observatoire clinique du Gifric

Dès 1984, un an et demi après la création du Centre, nous avons mis en place avec les collègues du Gifric «l'Observatoire clinique». Dès le départ, puisque nous étions dans un processus de création, inventant un nouveau traitement, il nous fallait mettre en place les moyens de contrôle, de vérification et d'évaluation de toutes nos activités cliniques, en fonction d'une évaluation constante de l'évolution effective du traitement de chaque patient. Ainsi l'Observatoire fut conçu comme une base de données couvrant toutes les activités cliniques de tous les intervenants au Centre à l'exception du contenu des séances de psychanalyse des patients. Ces activités de traitement concernant le suivi à long terme, le traitement psychiatrique, la médication, les hospitalisations, le traitement de la crise et toutes les activités des ateliers d'art et les activités socioculturelles, font l'objet de saisie de données individuelles quotidiennement. Les données de l'Observatoire permettent au Gifric d'effectuer les études d'évolution psychosociale des patients, le contrôle et l'évaluation des activités de traitement, les études de cas complexes, les comparaisons d'évolution de cas selon le sexe, l'âge, le diagnostic, etc. La structuration de ces données obéit à des hypothèses psychanalytiques sur l'expérience psychotique et à une conception psychanalytique du traitement des psychoses. Une section spécifique de l'Observatoire contient les données pertinentes recueillies lors des entrevues avec les parents des patients, sur les structures et les dynamiques familiales, jusqu'à trois générations. La structuration de ces données sur les familles a été préalablement préparée par une étude portant sur cinq cent familles québécoises ayant répondu à un questionnaire de 132 questions, couvrant sur dix paramètres les principales hypothèses psychanalytiques en jeu dans nos stratégies de support et d'intervention auprès des familles.

L'équipe de l'Observatoire clinique au Gifric, comprend deux analystes, un anthropologue, un ethnoanalyste, un psychologue et un mathématicien, sous la direction de Willy Apollon. Et l'Observatoire est structuré de façon à rendre possible et à soutenir l'analyse de l'évolution des traitements dans la logique du traitement psychanalytique tel que développé au Gifric, et d'y évaluer les progrès et difficultés observables dans l'évolution psychosociale des patients. Il permet ainsi périodiquement, quatre fois dans l'année, aux dirigeants et aux intervenants du Centre d'évaluer leur travail d'équipe et les difficultés qu'ils y rencontrent à partir de données objectives permettant des observations et des études rigoureuses.

Le prétendu dualisme de Apollon et collaborateurs

Voilà donc le cadre dans lequel se sont développées notre observation et notre analyse de l'évolution de la psychiatrie au Québec pendant les vingt dernières années. Nous connaissons parfaitement les apports des neurosciences à la psychiatrie de Pavlov ou Skinner à Kandel ou Damasio, et nous ne négligeons nullement les apports des Européens dans ce domaine. Nos nombreux collègues et collaborateurs psychiatres, psychologues, sociologues et anthropologues ne manquent pas de nous tenir à jour dans nos échanges mensuels en plus de soutenir nos propres intérêts intellectuels d'analystes soucieux d'abord d'avoir des résultats vérifiables par des tiers pour nos patients, et de ce fait curieux de tout ce qui peut améliorer les conditions de vie et de santé de nos patients. Et il ne s'agit pas là pour nous de discours de circonstances ni de vœux pieux. Nos résultats et la satisfaction de nos clients sont là, accessibles à qui veut bien les constater et les vérifier. C'est très précisément parce que nous savons fort bien où vont les sciences et ce qu'elles peuvent nous apporter, que nous exerçons à leur égard la prudence clinique nécessaire pour que le bien-être des patients dont nous avons la responsabilité clinique et leur évolution psychosociale passent avant la satisfaction des chercheurs. Nous avons trop d'estime pour la science et pour la recherche scientifique véritable pour les rabaisser à ce statut de substitut idéologique et narcissique à un défaut de résultat clinique auquel certains les réduisent aujourd'hui. Il ne s'agit pas pour nous de soutenir un dualisme cartésien, même s'il nous semblerait de toute façon préférable au monodéisme idéologique, faux mimétisme du monisme spinoziste⁶, qui alimente un courant dominant en psychiatrie et en psychologie actuellement dans la recherche et l'université en Amérique du Nord. Ce qui caractérise les sciences et la médecine moderne, quelque soit le domaine envisagé, c'est le résultat combiné à la satisfaction des utilisateurs. La science recule les limites du possible. Mais elle ne détermine jamais le souhaitable. La société globalement, et non la science, se donne les moyens politiques de déterminer à travers des choix historiques de société, ce qui est recevable dans le champ du possible. Dans un univers traditionaliste, de droite ou d'extrême droite, les choses pourraient en rester là. Mais aujourd'hui dans la majorité de nos sociétés dites démocratiques, les choix de société se veulent inclusifs en regard des aspirations des minorités, et en regard des plus démunis dont les malades mentaux sévères et psychotiques font partie. Et de plus en plus, la question du souhaitable, mettant en jeu le désir de chacun, se distingue comme un au-delà de ce qui est recevable pour la communauté dans son ensemble, ou un groupe particulier, fût-il un corps professionnel respectable et prestigieux. Cette évolution de nos

sociétés aboutit aux Chartes des droits des personnes. Il s'en suit de nouveaux enjeux éthiques qui perturbent l'ordre même du social dans son sens traditionnel. Une telle évolution définit de nouvelles contraintes pour l'examen de l'avenir d'une psychiatrie qui se soucierait d'abord du bien-être des patients.

Les sciences reculant les limites du possible nous apportent aujourd'hui énormément de lumière sur nos choix de société, mais elles nous apportent également le pire en termes de possibilité de destruction de l'humanité, de sa dignité et de son habitat. Dans ce sens, elles sont amORAles par nature, au mieux indifférentes aux enjeux de la morale. Elles n'ont pas les moyens de se soucier de ce qui est recevable dans une société. L'humain est toujours le résultat d'une décision et d'un acte créateur qui innovent et tranchent dans une antinomie ou une contradiction fondamentale, résolvant et dépassant une dualité déchirante pour le sujet ou le collectif qui décident. Cette contradiction peut prendre une forme dramatique ou tragique selon qu'elle met en scène la dimension du sublime ou celle de l'antinomie. Cette dualité au plus simple peut se traduire en des couples connus d'opposés, la personne ou la société, l'émotion ou la raison, l'intérêt particulier ou l'intérêt général, le plaisir individuel ou le bien commun, la liberté ou la contrainte, le cerveau ou l'esprit, le biologique ou l'éthique, les intérêts des patients ou les intérêts des institutions économiques, administratifs ou politiques, etc. En regard de ces dualités qui définissent le champ d'une créativité éthique, la société, le collectif humain, et non la science, définit les valeurs qui guident les choix et règlent l'action. Les psychanalystes ont tendance à considérer comme pervers tout raisonnement qui tend à nier ces dualités, en les ramenant à une des perspectives et en gommant l'autre. Cette scotomisation d'une partie de la réalité, fondée sur un refus profond de la différence et de ses contraintes éthiques, y substitue un enjeu politique de rapport de force, là où le raisonnement déraile d'une logique sociale qui puisse être partagée par tous, en particulier par les plus faibles. C'est le collectif des citoyens, la société civile, qui se donne les moyens politiques de déterminer historiquement ce qui est recevable pour une communauté donnée et fonde dès lors ses valeurs et ses règles sur la garantie de cette recevabilité.

C'est d'abord en tant que citoyen et non en tant que scientifique, que l'homme de science intervient comme tout autre citoyen dans les choix de société qui déterminent ce qui est recevable et ce qui ne l'est pas dans sa communauté. De là la tricherie intellectuelle et la tromperie morale, qui consisteraient à faire passer les règles de la méthode scientifique, surtout si elles sont réduites à celles de la méthode

expérimentale, pour des règles d'éthique valables pour la clinique. De toute évidence l'histoire récente nous accule de plus en plus au constat que ce qui est recevable dans tel pays, les États-unis d'Amérique par exemple, compte tenu des contextes particuliers de concurrence ou de collusion entre compagnies pharmaceutiques ou de biotechnologie, de sociétés d'assurances et d'institutions hospitalières et qui semblent devoir déterminer l'avenir de la psychiatrie, ne peut pas être tenu pour recevable et encore moins souhaitable pour le Québec avec son système de santé publique. Et le clinicien québécois aujourd'hui, sujet des chartes des droits tant canadienne que québécoise au même titre que son patient, se doit de faire face à la question décisive en psychiatrie, que ce qui est souhaitable pour et par le patient, n'est pas simplement ce qui est recevable pour son association professionnelle ou son syndicat, voire même l'institution qui le paye, cette institution fut-elle l'État lui-même. C'est là que commence la question d'éthique, que nous avons mise au cœur de la clinique des psychoses aujourd'hui au Québec, et nul apport des neurosciences ne pourrait ici servir de substitut au courage moral que les patients et leurs familles attendent des cliniciens, en particulier des psychiatres, qui sont payés à même leurs impôts, en regard de l'obstacle que peuvent représenter aujourd'hui pour la santé mentale, certains intérêts et certaines pratiques des institutions et des associations de professionnels.

La psychiatrie comme telle n'est pas en crise. De plus en plus, elle est plurielle et déchirée de contradictions. C'est un état de fait historique et provisoire. Ce n'est pas le résultat d'une structure ou d'un désordre internes à la psychiatrie. Cette déchirure, cette pluralité de perspectives et ces contradictions, reflètent en fait la prise de la psychiatrie et son intégration dans une situation globale de nos sociétés occidentales. C'est une crise globale de l'éthique qui secoue toutes nos sociétés industrielles et technologiques avancées. L'éthique, c'est la recherche, l'étude et la détermination des fondements et de la légitimation historique des valeurs morales. C'est un fait, nous avons perdu globalement la capacité de redéfinir collectivement les fondements de la morale pour notre temps et nous hésitons constamment quant aux valeurs qui détermineront historiquement nos choix de société. Cette situation globale crève à journée longue nos écrans de télévision. Nous ne savons plus vraiment si et quand nous pouvons nous fier à nos institutions qui jusqu'ici étaient les plus stables. Des organisations internationales les traversent et réduisent de plus en plus les marges de manœuvre de nos états nationaux et la signification de notre vote de citoyen. Il s'agit là d'un moment incontournable de l'évolution humaine, dont plusieurs générations devront subir et assumer les conséquences avant de réussir à promouvoir

les mutations sociales nécessaires. Dans cette situation globale, il est structurellement inévitable que la psychiatrie se retrouve dans une impasse provisoire. Compte tenu de sa fonction sociale et de son rapport intime à ce qu'il y a de plus profondément humain en nous, elle ne peut pas échapper aux conséquences subjectives de la crise globale de détermination des fondements de la morale que nous traversons. Mais cela définit également les paramètres de son évolution à court et à moyen terme.

C'est le champ de la santé mentale tout entier qui est subverti par la situation globale de crise éthique que les sociétés occidentales traversent. Une telle crise permet bien sûr des résurgences et des alliances nouvelles de toutes les droites, politique, religieuse, ethnocentrique, idéologique, militariste, nationaliste et dans tous les secteurs, y compris dans la psychiatrie. Et elles ont les moyens financiers d'occuper tout un secteur du savoir, en particulier la santé mentale, pour mener à bien leur nouvelle Alliance, pendant que les gauches de tout acabit s'emploient comme d'habitude à s'entredéchirer et à s'autodétruire. Ce n'est pas la psychopharmacologie, ni encore moins les neurosciences qui peuvent apporter quelque remède que ce soit aux effets d'une telle situation sur des subjectivités désormais privées de repères éthiques crédibles. Ces effets frappent particulièrement les jeunes déjà fragilisés par une structure psychotique. Dans nos sociétés, la psychiatrie n'a de sens historiquement qu'en promouvant des traitements efficaces pour les troubles mentaux sévères et persistants en particulier les psychoses. Nous prétendons simplement que durant les cinquante dernières années, la situation de la psychiatrie montre ce que la psychanalyse tient pour évident depuis Freud, c'est que, sans des repères éthiques crédibles, de tels traitements sont impossibles. On ne peut compter traiter biologiquement dans les individus les conséquences de défauts ou désorganisations structurels de leur environnement parental, social, culturel, symbolique et historique. Au niveau historique et social et du point de vue de l'évolution, de tels défauts sont provisoires et ne dureront peut-être que de dix à vingt générations. Mais au niveau des personnes, ce sont des vies entières qui sont impliquées et bouleversées, avec un risque global pour les collectivités de perte politique du contrôle social des enjeux de coexistence. Cette situation globale vécue de façon intime par les sujets, dans le silence, la violence et le désarroi pour des jeunes de 4 à 7 ans, puis resurgissant avec plus de violence et de perte de repères symboliques entre 11 et 15 ans, crée un bouillon de culture de désorganisation psychique auquel notre époque réagit d'abord par des médicaments. Très tôt cette situation finira par échapper complètement à la compréhension d'une psychiatrie centrée sur le seul

traitement biomédical des symptômes physiques, sans avoir assez le souci d'être attentive également et peut-être d'abord au drame subjectif qui a échoué à se dire.

C'est à partir de telles considérations que nous posons qu'au-delà des fausses oppositions idéologiques de la science et de la clinique auxquelles nous sommes étrangers par nos pratiques mêmes, il ne faut pas perdre de vue que l'essentiel, c'est d'abord et avant tout la santé mentale et le bien-être de patients qui figurent statistiquement dans la portion de nos concitoyens les plus démunis et les plus délaissés. Et pourtant ces patients souffrent de problèmes mentaux qui touchent toutes les classes sociales, sans être arrêtés par aucune des barrières idéologiques, économiques et politiques qui sont sensées protéger les intérêts de ces classes. Et nous ne pouvons continuer à faire comme si la science n'était pas au service de la clinique, et la clinique au service du bien-être et de la santé des patients. L'inverse n'est pas recevable, du moins au Québec, dans un système de santé public, n'en déplaise à certains milieux de la recherche soumis aux impératifs de la commercialisation de la santé. Il est évident que la recherche scientifique est fondamentale et incontournable dans le développement de la clinique, mais pour des raisons socioéconomiques, de morale sociale et d'éthique subjective tout aussi évidentes, on ne peut ni les confondre dans une fausse unité, ni faire dépendre sans plus le clinique du scientifique. Mais c'est là un faux problème, les vrais enjeux sont ailleurs. À la limite notre insistance sur la clinique peut rater la cible si elle provoque un faux débat qui scotomise les vrais enjeux. Nous avons peut-être échoué à poser clairement dans l'argument qu'une psychiatrie qui ne met pas au cœur de ses préoccupations des résultats dans la poursuite du bien-être et de la santé des patients est une psychiatrie pour les psychiatres et les institutions et non une psychiatrie pour les patients. D'autres collègues de France ou du Québec, dans cet ensemble de textes, auront réussi heureusement mieux que l'argument à porter l'accent sur ce point crucial. L'avenir de la psychiatrie est uniquement lié à ce qu'elle apportera de positif pour l'évolution des patients à devenir des citoyens responsables, suffisamment autonomes pour être les acteurs principaux et les décideurs de leurs vies et de leurs histoires, et qui participent socialement. En dehors de là, la psychiatrie n'a aucun avenir qui puisse intéresser des non psychiatres.

Une problématique de perdant

La psychiatrie au Québec est à la croisée des chemins. L'avenir la rattrape. Elle doit choisir entre les patients en détresse et les institutions

qui participent de la crise globale et qui exigent de la psychiatrie qu'elle corrige dans les subjectivités les effets désastreux des conséquences de leurs entreprises. Si elle ne choisit pas les patients elle fait une politique de perdant, entraînant avec elle les patients et leurs proches dans une impasse garantie par des promesses de guérison par la génétique ou de nouvelles cellules miracles, promesses sans cesse renouvelées mais jamais au rendez-vous. La psychiatrie doit se rendre compte à quel point elle est à la fois victime et bouc émissaire de cette crise globale. Choisir entre les patients et les institutions, c'est d'abord savoir reconnaître les liens profonds historiques, sociaux et surtout aujourd'hui économiques et politiques qui nouent les institutions entre elles dans la crise globale d'éthique sociale que nous traversons en occident. Choisir entre les patients et les institutions, c'est aussi se rendre compte et prendre position par rapport aux liens structuraux de fait, donc non intentionnellement voulus par les individus, qui relient les pratiques professionnelles des psychiatres à une commercialisation de la santé mentale, dans un contexte d'abus intellectuel dans certain milieu de la recherche. C'est au psychiatre, en tant que médecin, que revient la responsabilité morale et politique de justifier auprès de son patient le lien entre le traitement et ses effets positifs ou négatifs. Mais ce ne sont pas les médecins qui produisent et qui payent les médicaments qui ont pris la place du traitement véritable, ce sont les compagnies et l'État. Les citoyens investissent leurs économies dans la production des médicaments, dont ils attendent des profits. Au Québec, apparemment l'essentiel de la formation des psychiatres est assurée par des chercheurs et enseignants engagés par les compagnies, qui de plus en plus créent des chaires d'enseignement et de recherche dans les Universités. Nous assistons à une prise de contrôle progressive du savoir et de l'organisation de la recherche par les compagnies, dans les domaines les plus rentables de la santé, sans que les institutions ni l'État semblent prêts à publiquement engager le débat éthique de ce que la population trouve souhaitable dans cette guerre de basse intensité en vue du contrôle du champ de la santé.

Choisir le sujet avant l'institution, et s'il le faut contre l'institution, c'est d'abord en revenir à ce que le citoyen considère comme une éthique médicale de base: le médecin est son médecin. Il est d'abord à son service. Comme son avocat, il est de son côté. Il peut lui confier son corps, sa santé, sa vie. Il n'a pas à craindre que le prestige ou les intérêts de la recherche ou de l'institution hospitalière ou n'importe quelle autre institution, passent avant sa santé ou son bien-être. Il en est convaincu. Cette réaction intime de tout patient, est aujourd'hui difficilement le fait d'un psychotique. Le psychotique voit «souvent» le psychiatre comme un fonctionnaire au service du public plutôt que comme son médecin au

service de sa santé. Très rapidement le médecin est d'abord pour un jeune psychotique, celui qui le condamne, qui vient lui enlever tous ses espoirs de jeunes de 20 ou 22 ans. Ensuite le médecin psychiatre, celui qui est supposé savoir de quoi il souffre et qui peut quelque chose pour lui, est celui qu'il voit le moins souvent, une fois aux deux ou trois mois, parfois même moins. À mesure qu'il se chronicise, avec le temps, le médecin, son médecin, le voit moins souvent, sauf s'il est hospitalisé. Il va être confié par son médecin ou l'institution à d'autres intervenants qui prendront le contrôle de tous les détails importants de sa vie. Et il sera à charge à la société pour la plus grande part du reste de sa vie. En effet, son psychiatre désormais a beaucoup de travail avec d'autres patients, moins handicapés mais plus satisfaisants. Il y a là une tendance à renverser, pour que la psychiatrie ait encore un sens et un avenir pour les patients et pas seulement pour les psychiatres et les institutions. Faire le choix du sujet peut renverser le rapport du patient à sa souffrance mentale, à son délire et ses hallucinations. C'est du moins le constat le plus évident que nous avons fait en vingt ans de psychanalyse avec les psychotiques. Mais cela suppose tout un changement de problématique en ce qui concerne le discours de la psychiatrie sur elle-même et sur ses clients. Cela entraînerait aussi tout un changement dans les rapports de la psychiatrie avec les institutions politiques, administratives et économiques. Seuls les psychiatres peuvent opérer de tels changements et engager les discussions, recherches et débats qui les amèneraient en tant que collectif à prendre position de façon décidée et active dans le contexte global de crise éthique de nos sociétés, face à l'État et face aux institutions administratives et économiques et leur alliance historique. De l'extérieur, on peut constater la nécessité que la psychiatrie opère un changement de cap radical, face aux problèmes d'époque et de société auxquels elle est confrontée. Mais de tels changements ne peuvent se décider ni s'opérer que de l'intérieur. Ils ne peuvent pas être issus de pressions exercées de l'extérieur sur la psychiatrie, des changements obtenus ainsi de l'extérieur ne seraient pas crédibles à moyen terme, car ils n'auraient pas surgi du génie propre de la psychiatrie. Les problèmes de la psychiatrie viennent d'un contexte historique global de déstructuration, provisoire mais certaine, des fondements d'une coexistence symbolique dans nos sociétés. Les solutions à ces problèmes ne peuvent être que le résultat de créations voire de mutations issues de l'intérieur, du génie propre de la psychiatrie. De toute façon, le mouvement historique pouvant entraîner de telles créations est déjà commencé, en France, en Italie, dans certains secteurs de la psychiatrie américaine et au Québec. Mais au Québec, notre confiance dans la qualité de notre système de santé public est telle, qu'un tel mouvement est nécessairement considéré encore comme marginal dans le milieu de la

psychiatrie. C'est loin d'être le cas dans le milieu communautaire et alternatif québécois, comme en témoignent ici même les textes de Paul Morin et de Jérôme Guay fort éclairants et représentatifs des nouvelles tendances.

Dans le contexte historique où nous nous trouvons au Québec, le refus brutal de la psychanalyse au moment même où grâce à des transformations internes, elle offre les premiers résultats jusque-là inespérés dans le domaine des troubles mentaux graves et persistants, relève peut-être d'une peur dont l'objet est apparemment mal identifié. La psychanalyse est dangereuse, voire même nuisible, dit-on, c'est peut-être vrai. Mais pour qui et pour quoi ? Certes pas pour les jeunes psychotiques et les familles qui, au 388, y trouvent leur compte. À en croire les journalistes qui ont voulu rendre compte de l'attribution du prix Hans W. Loewald⁷ aux auteurs de l'argument pour leur contribution à l'histoire, à la théorie et à la pratique de la psychanalyse, et en particulier pour leur apport exceptionnel au traitement des psychoses, « Des professionnels de la Santé mentale qui sont contre l'approche psychanalytique du Gifric, admettent après avoir demandé l'anonymat que cette méthode thérapeutique donne des résultats indéniables⁸ ». Une telle prudence politique, une telle nécessité de se protéger dans la reconnaissance même de ce qui est souhaitable, suppose toute une culture du silence et de dénigrement orchestrée de la psychanalyse comme le mal absolu dans le champ du traitement de la psychose. Qu'est-ce qui est réactivé ainsi par l'intervention de la psychanalyse dans ce champ de la psychose, pour qu'une telle intervention provoque une peur si profonde ? Ouvertement parfois, mais plus souvent sous le couvert de l'anonymat on argue que la psychanalyse réactive dans la psychose des forces qui deviennent socialement et cliniquement incontrôlables, véritables plaies ouvertes au flanc d'un univers symbolique rendu déjà si fragile par la crise éthique qui ébranle nos sociétés. Serions-nous encore prisonniers d'une peur imaginaire et religieuse de la folie, qui, dans un passé pas si lointain, a alimenté tant d'agression et de violence enveloppées dans une volonté sociale de contrôle et de commisération à l'égard du fou ? Est-ce que au-delà de la psychanalyse, ce qui serait visé, ce serait cette volonté arrêtée du psychanalyste de donner la parole au malade mental, d'entendre ce qu'il a à dire lui de ce qui est sa psychose, plutôt que d'écouter le scientifique et ses brillantes études sur ce qu'il a pu observer dans son laboratoire avec les animaux ou avec ses machines, à une distance prudente et calculée de cette folie socialement dangereuse et subjectivement ravagante ?

Il me semble que l'avenir de la psychiatrie est inséparable de la réponse qu'elle voudra donner à cette question là dans le contexte de

société où nous évoluons. On pourrait souhaiter pour les patients et leurs familles, une psychiatrie ouverte à la diversité et aux multiples dimensions de l'humain qui bouleversent le psychisme d'êtres aux prises avec des sociétés désarrimées de leurs balises symboliques. Cela suppose que la psychiatrie nouvelle, loin d'être un parent pauvre de la génétique, de la neurologie, de la pharmacologie ou de la psychologie du comportement, par manque de résultats satisfaisants pour les patients, ouvrira ces secteurs de la médecine et des neurosciences à des perspectives humaines plus globales et plus proches de la réalité de la vie. C'est aussi souhaiter une psychiatrie capable de faire face tant aux forces et aux terreurs profondes qui nous habitent qu'à la capacité de l'être humain de prendre les risques les plus incalculables pour créer du possible dans les impasses les plus désespérées. Avant et depuis qu'il s'est construit la science comme outil l'homme a toujours fait face au pire dans son environnement et en lui-même. L'avenir de la psychiatrie pour ceux qui ne sont pas psychiatres et ceux qui ont tant besoin d'une psychiatrie en phase avec nos situations d'aujourd'hui, est peut-être lié à la générosité et au génie que les psychiatres investiront collectivement dans la création de solutions plus crédibles parce que plus diversifiées et véritablement porteuses de résultats.

Notes

1. Le lecteur peut trouver sur le site Internet du Gifric, un certain nombre d'informations complémentaires (www.gifric.com).
2. En terme de lieu physique, le Centre est une grande maison unifamiliale du début du siècle, dans un quartier du centre-ville de Québec. Elle a dix-huit pièces sur trois étages.
3. Il s'agit du diagnostic psychiatrique déterminé avant la consultation au 388.
4. Le Gifric est un organisme sans but lucratif, formé d'universitaires, de professionnels et d'intellectuels américains et québécois, de disciplines différentes, majoritairement en sciences humaines, en sciences de la santé, en philosophie et en art. On peut consulter sur le site Internet du Gifric, (www.gifric.com) les objectifs et activités de cet organisme. Le Gifric a créé le Centre de traitement psychanalytique des psychoses. C'est au Gifric que la théorie et la clinique du traitement ont été développées. Le Gifric, avec ses psychiatres, ses analystes, ses psychologues et ses administrateurs, a également créé les moyens techniques et administratifs d'étude, de contrôle, de recherches et d'évaluation du développement du traitement au 388.
5. Le lecteur peut lire sur le site Internet du Gifric, le rapport remis par les évaluateurs au sous-ministre en titre de la Santé et des Affaires sociales.

6. Le lecteur de Damasio non philosophiquement averti peut fort mal évaluer l'opposition fort complexe entre Descartes et Spinoza. Descartes part du point de vue de la conscience individuelle qui doute de la réalité du monde dont elle fait partie, sans jamais réussir à en rendre compte, aussi pour lui l'esprit et le réel ne se rejoignent pas. Spinoza part du Tout dont la conscience est un mode, aussi il parvient à rendre compte d'un rapport entre l'esprit et le réel. Or ceux qui se réclament de Spinoza partent de données des sciences du cerveau, un point de départ que contrairement à Spinoza, Descartes ne désavouerait pas. Ce débat reste ouvert.
7. Le prix Hans W. Loewald est décerné par l'IFPE (International Federation for Psychoanalytic Education) au Gifric pour l'année 2004. Pour plus d'information voir le Babillard sur le site Internet du Gifric (www.gifric.com) et le site Internet de l'IFPE (www.ifpe.org).
8. Louis Guy Lemieux, *Le Soleil*, Cahier D, 27 novembre 2004.

Références

- ANSERMET, F., MAGISTRETI, P., 2004, *À chacun son cerveau*, Paris, Odile Jacob.
- APOLLON, W., 1993, *Fondements de la morale. Quels fondements, pour quelle morale*, Université du Québec à Rimouski.
- APOLLON, W., 1999, *Psychoses : l'offre de l'analyste*, Québec, Gifric.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 1990, *Traiter la psychose*, Québec, Gifric.
- APOLLON, W., BERGERON, D., CANTIN, L., 2002, *After Lacan*, SUNY, New York.
- ARISTOTE, 1992, *L'Éthique à Nicomaque*, Paris, L de P.
- BEAUDRILLARD, J., 1990, *La transparence du mal*, Paris, Galilée.
- BIBEAU, G., 2004, *Le Québec transgénique*, Montréal, Boréal.
- BITBOL, M., 1998, *L'aveuglante proximité du réel*, Paris, Flammarion.
- CHARRAUD, N., 1997, *Lacan et les mathématiques*, Paris, Anthropos.
- CHARRAUD, N., *Infini et inconscient*, Paris, Anthropos.
- CHOMSKY, N., 2003, *Le profit avant l'homme*, Paris, Fayard.
- DAMASIO, Antonio R., 1995, *L'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob.
- DAMASIO, A. R., 2003, *Spinoza avait raison*, Paris, Odile Jacob.
- DENTON, D. 1995, *L'émergence de la conscience*, Paris, Flammarion.

- DESCARTES, R., 1990, *Les passions de l'âme*, Paris, L de P.
- ECCLES, J. C., 1992, *Évolution du cerveau et création de la conscience*, Paris, Fayard.
- FREUD, S., 1956, *Naissance de la psychanalyse*, Paris, PUF.
- FREUD, S., 1976, *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF.
- FREUD, S., 1971, *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF, Paris.
- FREUD, S., 1989, *Résultats, idées, problèmes, I*, Paris, PUF.
- GLEICK, J., 1991, *La théorie du chaos*, Paris, Flammarion.
- GOULD, S. J., 2000, *Et Dieu dit « Que Darwin soit ! »*, Paris, Seuil.
- JACQUARD, A., et KAHN, A., 2001, *L'avenir n'est pas écrit*, Paris, Bayard.
- KAHN, A., 1996, *La médecine du XXI^e siècle : des gènes et des hommes*, Paris, Bayard.
- KAHN, A., 2000, *Et l'homme dans tout ça ?*, Paris, NIL.
- KANDEL, E., 1998, A New Intellectual Framework for Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 155.
- KANDEL, E., 1999, Biology and the future of psychoanalysis, *American Journal of Psychiatry*, 156.
- KANDEL, E., 2000, *Principles of Neural Sciences*, New York, Mc-Graw Hill.
- KAPLAN-SOLMS, K., SOLMS, M., 2000, *Clinical Studies in Neuro-psychoanalysis*, Londres, Karnac Books.
- LACAN, J., 1966, D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose, *Écrits*, Paris, Seuil.
- LACAN, J., 1966, La science et la vérité, *Écrits*, Paris, Seuil.
- LACAN, J., 1986, L'éthique de la psychanalyse, *Le Séminaire, Livre VII*, Paris, Seuil.
- LACAN, J., 2004, L'angoisse, *Le Séminaire, Livre X*, Paris, Seuil.
- LEAKEY, Richard E, 1985, *Les origines de l'homme*, Paris, Flammarion.
- LEDoux, J., 2003, *Neurobiologie de la personnalité*, Paris, Odile Jacob.
- MAFFESOLI, M., 2002, *La part du diable*, Paris, Flammarion.
- MALABOU, C., 2004, *Que faire de votre cerveau*, Paris, Bayard.

- PALLY, R., 2000, *The Mind-brain Relationship*, Londres, Karnac.
- PLATON, 1993, *Le sophiste*, Paris, Flammarion.
- PRIGOGINE, I., 2001, *La fin des certitudes*, Paris, Odile Jacob.
- RIDLEY, M., 2001, *Génome*, Paris, Robert Laffont.
- ROSENFELD, I., 1994, *L'invention de la mémoire*, Paris, Flammarion.
- SHELDRAKE, R., 2001, *L'âme de la nature*, Paris, Albin Michel.
- SOLMS, M., Turnbull, O., 2003, *The Brain and the Inner World : An Introduction to Neurosciences of Subjective Experience*, New York, Other Press.
- SPINOZA, B. de, 1964-1966, *L'éthique, Œuvres*, Paris, Flammarion, Paris.
- THOM, R., 1993, *Prédire n'est pas expliquer*, Paris, Flammarion.
- TRINH XUAN, Thuan, 1998, *Le chaos et l'harmonie*, Paris, Fayard.
- VINCENT, J. D., 1999, *Biologie des passions*, Paris, Odile Jacob.
- ZIEGLER, J., 2002, *Les nouveaux maîtres du monde*, Paris, Fayard.